

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM DENTÍSTICA

Associação de Resina Composta e Cerâmica na Reabilitação
Estética de dentes anteriores: Relato de Caso Clínico

Ástor Neutzling Zanchin

Orientador: Prof^o. Dr^o. Fábio Herrmann Coelho de Souza

Porto Alegre, Agosto de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM DENTÍSTICA

Associação de Resina Composta e Cerâmica na Reabilitação Estética de dentes anteriores: Relato de Caso Clínico

Ástor Neutzling Zanchin

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito básico para a obtenção do título de Especialista em Dentística.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Fábio Herrmann Coelho de Souza

Porto Alegre, Agosto de 2017

“O degrau de uma escada não serve simplesmente para que alguém permaneça em cima dele, destina-se a sustentar o pé de um homem pelo tempo suficiente para que ele coloque o outro um pouco mais alto.”

Thomas Huxley

DEDICATÓRIA

*Dedico a minha família, que me encorajaram a navegar
em novos mares, na certeza de um porto seguro.*

AGRADECIMENTOS

Aos **docentes** do curso de Especialização em Dentística da UFRGS. *A experiência de uma produção compartilhada entre amigos resultou não apenas em uma formação acadêmica, mas na formação de uma pessoa melhor.*

À **Ana Luiza Tolentino de Souza**, e ao **Giovani Chiossi**, por toda a atenção prestada a nós alunos, e ao Curso de Especialização em Dentística da UFRGS.

Ao meu orientador, **Profº. Drº. Fábio Herrmann Coelho de Souza**, *pela confiança, dedicação e orientação de excelência.*

RESUMO

Atualmente, a procura por tratamentos restauradores estéticos vêm aumentando, o que pode ser relacionado com a necessidade social destes pacientes, que entendem que um sorriso bonito é o cartão de visita do ser humano. O presente trabalho consiste na apresentação de um caso clínico de reabilitação estética dos dentes anteriores, aliando a utilização de materiais distintos entre si, a cerâmica e a resina composta. Realizou-se o facetamento estético com resina composta direta nos elementos 12 e 22, seguido de uma faceta e uma coroa de cerâmica IPS E-MAX, nos elementos 11 e 21, respectivamente. Concluiu-se que ambos os materiais apresentam resultados satisfatórios, ainda mesmo que trabalhados juntos. Além de tudo, o menor custo e a rápida execução, conseguiram suprir as necessidades do paciente, demonstrando ser uma opção viável para reabilitações estéticas.

Palavras chaves: Estética Dental. Facetas Dentárias. Cerâmica. Resinas compostas.

ABSTRACT

Nowadays, the demand for aesthetic restorative treatments has been increasing, which may be related to the social need of these patients, who understand that a beautiful smile is the business card of the human being. The present work consists in the presentation of a clinical case of aesthetic rehabilitation of the anterior teeth, combining the use of different materials, ceramic and composite resin. The aesthetic laminate was performed with direct composite resin on elements 12 and 22, followed by a laminate and an IPS E-MAX ceramic crown, in elements 11 and 21, respectively. It was concluded that both materials present satisfactory results, even if worked together. In addition, the lower cost and quick execution have been able to meet the needs of the patient, proving to be a viable option for aesthetic rehabilitations.

Key words: Esthetics, Dental. Laminate Veneers. Ceramic. Composite resin.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Facetas e Estética	10
2.2 Facetas de Resina Composta	13
2.3 Facetas de Cerâmica	18
3. RELATO DE CASO	22
4. DISCUSSÃO	30
5. CONCLUSÃO	32
6. APÊNDICE	33
7. REFERÊNCIAS	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fotos iniciais de perfil e frontal com sorriso.....	22
Figura 2	Foto inicial do sorriso com afastador	22
Figura 3	Foto do Mock Up com afastador	23
Figura 4	Foto do sorriso com o Mock Up	24
Figura 5	Ponta diamantada 4138 na confecção do preparo para laminado no elemento 21	24
Figura 6	Foto dos preparos com o duplo fio antes da moldagem	25
Figura 7	Foto da primeira prova das peças.....	25
Figura 8	Adaptação da resina sob o preparo	26
Figura 9	Utilização de discos SofLex no acabamento e polimento das facetas de resina composta	27
Figura 10	Foto final do sorriso em perfil	28
Figura 11	Foto final do sorriso frontal	28
Figura 12	Foto final do sorriso com lábios em repouso	29
Figura 13	Foto final do sorriso com afastador	29

1 - INTRODUÇÃO

Entre os materiais restauradores estéticos existentes estão as cerâmicas odontológicas. Atualmente, com o desenvolvimento tecnológico das cerâmicas odontológicas, essas apresentam características físicas e mecânicas excelentes, representando, dentre os materiais dentários com finalidade restauradora, a melhor opção na busca de uma cópia fiel dos elementos dentários (1).

As facetas de cerâmica consistem em uma técnica capaz de solucionar problemas estéticos e funcionais de elementos dentais (2). Com relação à cimentação, os cimentos resinosos são a escolha para estas facetas, devido a estética satisfatória, boa união entre a peça e a superfície dental e, conseqüentemente, longevidade adequada (3). O uso de sistemas adesivos combinados aos sistemas cerâmicos proporcionam maior previsibilidade e segurança ao tratamento reabilitador (4).

Por outro lado, as resinas compostas são outro exemplo de materiais restauradores amplamente utilizados na odontologia contemporânea (5). É possível indicar restaurações extensas de resina composta em dentes anteriores, tendo como vantagem a facilidade da técnica, que dispensa a etapa laboratorial. Além disso, as resinas fornecem uma grande diversidade de cores e efeitos, e os consertos que se tornarem necessários são facilmente contornados sem despesas laboratoriais, com total controle do cirurgião-dentista (6).

As facetas de resina composta apresentam algumas vantagens: Técnica rápida, segura e eficaz; menor custo em relação às cerâmicas; dispensam etapas de laboratório, e não requerem provisório, nem moldagem (7). O uso de facetas de resina composta pode ser uma opção interessante para recuperar a aparência estética de dentes danificados, uma vez que técnicas indiretas removem mais estrutura dental e demandam procedimentos laboratoriais, encarecendo o tratamento (8).

A associação de diferentes materiais, como a cerâmica e a resina, em um mesmo caso clínico é um desafio, devido as diferenças de cor, translucidez e reflexão de luz. Cabe ao cirurgião-dentista planejar o tratamento evidenciando as vantagens e desvantagens de cada material. A comunicação com o paciente neste caso é fundamental, sempre propondo

a ele diversos planos de tratamento, bem como, a questão financeira em relação ao material a ser utilizado (1).

O objetivo deste trabalho é apresentar o caso clínico de um paciente com um sorriso esteticamente desarmônico, no qual se realizou a reabilitação estética dos elementos anteriores, utilizando-se da associação de cerâmica e resina composta.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - Facetas e Estética

O atual padrão de beleza, sob influência de uma cultura ocidental consumista e impulsionado pelos veículos de comunicação, estabelece que o indivíduo é melhor aceito socialmente se apresentar dentes com proporções adequadas, bem alinhados nos arcos e de coloração mais clara, de modo que deformidades no sorriso, adquiridas ou congênitas, podem estabelecer fatores limitantes às relações sociais. Um sorriso bonito e saudável é o “cartão de visita” do indivíduo. Quem sorri estimula o cérebro a liberar endorfina e serotonina, substâncias responsáveis pela sensação de prazer e felicidade, além de ativarem o sistema imunológico, colaborando para a prevenção de doenças causadas pelo estresse (9,10).

Entre os procedimentos para o planejamento estético reabilitador, deve-se realizar uma apurada anamnese, na primeira sessão clínica. Nessa sessão, além dos dados pessoais e de história médica, pregressa e atual, procura-se obter informações sobre os tratamentos odontológicos anteriores e, também, sobre os reais anseios e expectativas do tratamento atual. É necessário ouvir atentamente o paciente para que se possa identificar e limitar o problema que lhe incomoda. Observar e avaliar o nível de expectativa e o grau de exigência do paciente é fundamental para que se possa elaborar, em conjunto com ele, um plano de tratamento completo, no qual se apresentem alternativas para realizar a reabilitação estética (11).

Um estudo realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, avaliou 531 adolescentes entre 14 e 19 anos de idade a fim de avaliar sua satisfação em relação a própria aparência dental. Destes adolescentes, 17.4% mostraram-se insatisfeitos com o seu sorriso. Esta insatisfação ficou relacionada a coloração dental (95%) e em seguida, em relação ao posicionamento dental (16.95%). A grande maioria destes adolescentes relataram ter feito tratamento ortodôntico e clareamento dental, desejando realizar novamente estes tratamentos. Concluiu-se que a satisfação com a aparência dental pode

afetar esses adolescentes, resultando na busca por tratamentos odontológicos, e muitas vezes, o retratamento dos mesmos (12).

A fim de avaliar a percepção estética do sorriso através de especialistas em Dentística, dentistas clínicos gerais e pessoas leigas no assunto, um estudo foi composto por 50 indivíduos, entre homens e mulheres, de 18 a 25 anos de idade, com a dentição natural intacta. Dos avaliadores, 30 indivíduos participaram, sendo 10 dentistas especialistas, 10 clínicos gerais e 10 pessoas leigas no assunto. Foram tiradas 100 fotografias destes 50 indivíduos, sendo 50 apenas do sorriso e outras 50 envolvendo a face por completo. Os resultados demonstraram que os dentistas clínicos gerais quanto as pessoas leigas demonstram o mesmo grau de satisfação favorável em relação aos sorrisos, sendo os dentistas especialistas os mais críticos. Quando os sorrisos avaliados juntamente com o rosto, os graus de satisfação aumentaram gradativamente. Conclui-se que ao invés de apenas observar um sorriso individualizado através dos parâmetros estéticos, deve-se avaliar o conjunto completo, incluindo a face do indivíduo (13).

A estética dentária está intimamente relacionada ao sorriso, à relação harmônica entre dentes, gengiva, lábios e à face como um todo. A falta de harmonia entre esses componentes pode acarretar ao indivíduo problemas no convívio social e de autoestima, dependendo da realidade e da necessidade de cada paciente. Os valores estéticos são fundamentais para satisfação do paciente e do profissional. Portanto, o profissional deve ter uma visão holística e observar cuidadosamente seus pacientes, uma vez que os dentes não são entidades isoladas e a harmonia facial também merece atenção (14).

A estética é um elemento extremamente subjetivo, e que se relaciona com a beleza e harmonia individuais de cada parte do corpo. Em qualquer discussão sobre a beleza sempre chega, antes ou depois, o momento em que alguém exclama: “ Mas beleza é algo relativo! ” Logo trata-se de uma sentença que terá muito o que se discutir. Entende-se que a beleza não pode ser uma questão de opiniões disjuntas, uma vez que, deve ser considerada algo particular de cada indivíduo, e que possa ir se recriando através das relações humanas. (15).

Todo novo material ou nova técnica que chega a Odontologia moderna, visa alcançar a estética e o sucesso do tratamento de maneira menos invasiva possível. Portanto, as facetas foram desenvolvidas para resolver diversos problemas, como por exemplo, dentre as principais indicações para esta técnica, a descoloração dos dentes, dentes girovertidos ou mal posicionados, fraturas coronais, malformações congênitas ou adquiridas, diastemas, restaurações mal adaptadas, ausência dos incisivos laterais, dentes com abrasão e erosão. Por outro lado, a aplicação das facetas está contraindicada em dentes expostos à elevada

carga oclusal. Vale ressaltar que, pacientes com doença periodontal, associada a má higiene bucal, não favorecem ao planejamento para facetas. A quantidade de esmalte insuficiente também é uma contraindicação, isto pensando na obtenção de uma boa adesão (16, 1).

O condicionamento do esmalte com ácido fosfórico proposto por Buonocore (1955) deu início a uma nova fase da odontologia, a “era da adesão”. Passou-se então a estudar a possibilidade de utilizar as facetas como uma técnica definitiva para reabilitação estética. À valorização da importância da conservação da estrutura dental e a prática da uma Odontologia minimamente invasiva, cada vez mais, têm sido realizadas reabilitações sem nenhum tipo de preparo dentário. Diversas situações clínicas que necessitam de resistência ou estética, que antigamente eram resolvidas com tratamentos indiretos invasivos, hoje podem ser solucionados com técnicas menos invasivas (1, 4, 14).

Uma das grandes vantagens das facetas é que em dentes com alteração de forma e sem alteração de cor podem ser executadas sem nenhum tipo de preparo. Porém, como desvantagem de um tratamento conservador, há um limite na possibilidade de correção do sorriso, isto em função da pouca estrutura removida. Vale ressaltar que quando há a necessidade de um preparo, deve-se estar atento ao periodonto e o seu espaço biológico. Para preservar a saúde periodontal o espaço biológico deve ser respeitado (2mm de estrutura dental sadia entre o preparo protético e a crista alveolar), do contrário, haverá uma inflamação gengival e possível formação de bolsa periodontal, seguido de reabsorção óssea, ocasionando assim problemas estéticos. O melhor término do preparo para as facetas é o supragengival ou mesmo no nível da gengiva, que proporcionam maior facilidade de limpeza e menor formação de placa (1).

O tratamento reabilitador estético tem, normalmente, envolvimento multidisciplinar, principalmente com a Periodontia e a Prótese. Essa forma de planejar os casos possibilita sintonia entre o paciente e o profissional — haja vista que o conceito multidisciplinar pode incluir vários profissionais — e permite, ainda, a utilização do conceito de Odontologia de alta previsibilidade e minimamente invasiva (11).

2.2 - Facetas de Resina Composta

As resinas compostas são materiais restauradores amplamente utilizados na Odontologia moderna. Devido às suas propriedades, como resistência à compressão, dureza, resistência à abrasão, homogeneização, translucidez, facilidade de inserção e manipulação, estes compósitos apresentam adequado comportamento clínico para restauração de dentes anteriores e posteriores (4).

Durante o exame clínico, vários aspectos devem ser levados em consideração a fim de realizar um correto diagnóstico e indicação da faceta vestibular de resina composta: quantidade e qualidade da estrutura dental remanescente, grau de descoloração, relação entre a área comprometida e distâncias biológicas, análise da oclusão e ainda, o grau de higienização do paciente (13).

A faceta vestibular de resina composta está indicada para casos onde 2/3 ou mais de estrutura dentária vestibular esteja comprometida por alteração de cor, forma e/ou textura, alterações essas impossíveis de serem recuperadas por meios mais conservativos como restaurações convencionais, clareamento dental e microabrasão. Dentre as vantagens das facetas diretas de resina composta em relação às facetas indiretas de cerâmica, destaca-se uma maior preservação dental (especialmente para o tratamento restaurador de adolescentes e adultos jovens com superfícies de esmalte intactas), um menor tempo clínico para sua execução, um custo inferior, além de possuírem uma excelente estética aliada à boa longevidade clínica. É importante que o cirurgião-dentista compreenda os princípios básicos dos sistemas adesivos, das resinas compostas e da técnica utilizada, além de ter uma visão multidisciplinar que o possibilite diagnosticar e planejar o caso corretamente, para obter o sucesso funcional e estético das facetas em resina composta (16, 13).

É fato que a composição atual dos compósitos apresenta características mecânicas e estéticas de excelência, o que proporciona durabilidade satisfatória e favorece ainda mais seu emprego nas restaurações diretas. Porém, é de suma importância a avaliação dos movimentos excursivos, pois a existência de uma oclusão balanceada com funcionamento das guias de desocclusão é essencial para a manutenção de uma adequada longevidade da restauração (8).

Contudo, frente aos desafios mecânicos e químicos presentes na cavidade bucal, como variações de temperatura e contato com agentes alimentares pigmentantes, há o comprometimento da estabilidade e longevidade da restauração, com o surgimento de efeitos indesejáveis, como a pigmentação do material restaurador. A pigmentação pode ser atribuída a fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos se referem à descoloração oriunda de componentes do próprio material, enquanto os fatores extrínsecos

estão associados aos hábitos e a dieta do indivíduo, como o consumo de bebidas e alimentos que possuem corante em sua composição. O profissional pode intervir na prevenção ou redução desses manchamentos através de adequada técnica de confecção das restaurações (polimerização, acabamento e polimento adequados) e, na orientação dos pacientes com relação a higiene oral e hábitos que interfiram diretamente na estabilidade de cor do material. Além disso, há a necessidade de uma parceria na preservação das restaurações por meio dos procedimentos de repolimentos periódicos realizados pelo profissional (4).

Algumas manchas extrínsecas podem ser parcial ou totalmente removidas por meio de escovação dentária com uso de dentifrício, profilaxia realizada pelo cirurgião-dentista ou ainda repolimento das restaurações. Para evitar a substituição desnecessária, entretanto, quando alguns destes casos não são bem sucedidos, o clareamento dental é uma abordagem conservadora bastante indicada e utilizada na atualidade. Em um estudo, 20 amostras confeccionadas com resina composta, foram submetidas a análise de cor (Espectrofotômetro), e logo após, grupos de 5 amostras cada foram submetidos a imersão em diferentes fluídos, sendo eles, café, vinho tinto, Coca-Cola, e água destilada (grupo controle). Para o manchamento, as amostras ficaram totalmente imersas nas soluções durante 72h a 37 °C em estufa, sendo que foi realizada uma troca a cada 24 h de cada uma das soluções. Uma nova análise de cor foi realizada, e após, fez-se a aplicação do gel à base de peróxido de hidrogênio 35% Whiteness HP Blue Calcium. As amostras ficaram sob ação do gel por 40min, logo em seguida, o mesmo foi removido. Após um intervalo de 7 dias, as amostras foram novamente submetidas a ação do gel, com o mesmo período de tempo. Concluiu-se que as soluções corantes utilizadas foram capazes de pigmentar a resina composta, em especial o café. A aplicação do peróxido de hidrogênio 35% foi eficaz na remoção de pigmentos, principalmente nos grupos corados por vinho tinto e pela Coca-Cola, sendo que, no grupo exposto ao café, houve maior pigmentação e maior dificuldade na ação do peróxido. Em nenhum dos grupos manchados foi verificado retorno à coloração inicial. O que explica o fato da remoção de pigmentos através do peróxido de hidrogênio é o mesmo processo que ocorre quando o gel clareador está em contato com a estrutura dentária (17).

As propriedades ópticas de um material estético incluem translucidez, opacidade, fluorescência e opalescência. A translucidez pode ser definida como a propriedade de uma substância que permite a passagem da luz. A opacidade é a propriedade dos materiais que não permitem a passagem da luz; Isto é, as estruturas opacas têm uma intensidade de dispersão de luz mais elevada. A fluorescência é um tipo de fotoluminescência, na qual a energia radiante ultravioleta (UV) é absorvida por um objeto que depois emite energia

luminosa dentro do espectro visível. A fluorescência natural dos tecidos dentários é um componente importante que deve ser reproduzido em restaurações de resina composta, ela atribui vitalidade e luminosidade às restaurações. A opalescência é atribuída por agentes opacificantes, que são partículas finas, responsáveis pela dispersão da luz dentro da estrutura dentária, sendo assim, a opalescência é um fenômeno óptico inerente ao esmalte (18).

As restaurações confeccionadas em resina composta têm como vantagens a estética, entretanto, dependendo da composição e do uso inadequado dos compósitos resinosos, estes podem resultar em restaurações com rugosidade superficial insatisfatória, com presença de porosidades, ausência de brilho e consequentemente instabilidade de cor. Estes problemas podem ser minimizados quando o adequado acabamento e polimento são realizados. Esta etapa é de fundamental importância para o sucesso e longevidade das restaurações. O acabamento e polimento têm como finalidade reproduzir as características anatômicas, bem como diminuir a rugosidade, promovendo lisura de superfície e brilho. Assim, a probabilidade do acúmulo de placa e manchamento do material resinoso serão reduzidos, colaborando com a manutenção da saúde dos tecidos, integridade marginal e a estética destas restaurações (19).

Um estudo avaliou o efeito da técnica de polimento na transmitância de luz e na topografia de superfície de uma resina composta. Vinte amostras cilíndricas foram confeccionadas com resina composta nanoparticulada. Estas amostras foram submetidas a três materiais de polimento, sendo eles, *Sof-lex*, *Dhpro* e pontas *Enhance*. Os discos de *Sof-lex* foram utilizados em forma decrescente de granulação; em relação ao *Dhpro*, foi utilizada a taça e a ponta com formato de lentilha; A ponta em formato de disco da *Enhance* foi utilizada em passo único. A espessura das amostras foi avaliada no final de cada técnica de polimento, sendo descartada aquelas que apresentavam desgaste superior a 5% em relação à espessura desejada de 1mm. Na análise de transmitância de luz (Espectrômetro), todos os protocolos de polimento utilizados resultaram em maiores valores de transmitância que o controle, não havendo diferença entre os mesmos. A análise topográfica (Sdq) mostrou que as amostras polidas com os sistemas *Sof-Lex* e *Dhpro* apresentaram uma superfície mais regular, entretanto, estes materiais apresentaram desgaste significativo na superfície da resina. Já o uso do sistema *Enhance* não promoveu desgaste acentuado da superfície da resina composta. Isto ocorre em função da menor dureza dos discos polidores deste sistema quando comparados à resina composta. Concluiu-se que os sistemas de polimento avaliados foram efetivos em aumentar a transmitância de luz através da resina composta, sendo a redução dos valores topográficos, relacionados à planificação da superfície, a principal causa relacionada à modificação na passagem de luz (21).

Atualmente, as resinas compostas, idealizadas por Bowen, em 1962, representam o estado da arte na realização de restaurações diretas e indiretas. Até algum tempo atrás, as falhas ocorridas nas restaurações estéticas com resina composta estavam associadas ao desgaste oclusal e às fraturas marginais. Com o avanço tecnológico, as falhas clínicas ocorrem como uma consequência da infiltração marginal, da sensibilidade pós-operatória e da irritação pulpar, estes causados por problemas na obtenção do selamento proporcionado pelo sistema adesivo mais do que com a resina composta. Com a melhora dos sistemas adesivos e dos compósitos resinosos, a utilização destes para tratamentos restauradores aumentou. Com os adesivos de condicionamento total ou de dois passos, a adesão é facilmente obtida. Entende-se que os adesivos convencionais promovem a adesão através do processo de hibridização, realizado pelo ácido fosfórico, que expõe as fibras colágenas, estas que são envolvidas então pelos compósitos resinosos. Os adesivos auto-condicionantes promovem a adesão através da integração, onde não há atuação do ácido fosfórico, e conseqüentemente, não há remoção de smear layer, permanecendo no interior da camada híbrida e integrando-se ao processo adesivo. Nesse caso, a resistência de união é reduzida em relação aos convencionais, porque o embricamento com a trama de colágeno é menor (21-22).

Um estudo avaliou o desfecho de restaurações de resina composta, que tiveram como objetivo fechar diastemas, durante 5 anos. A fim de avaliar a ocorrência de efeitos indesejados e/ou achados clínicos. Dos 101 pacientes que receberam as restaurações, 48 apresentaram-se para reavaliação. Os pacientes foram examinados clinicamente um a um, com os mesmos parâmetros de diagnóstico. Das 176 restaurações avaliadas nestes 58 pacientes, 30 apresentaram efeitos indesejados como fratura, alterações de cor e cárie. 146 destas restaurações apresentaram-se em perfeito estado. Nenhuma das restaurações apresentou-se perdida ou muito danificada. Concluiu-se que nos casos clínicos em que é indicada uma abordagem menos invasiva, a resina composta fornece um excelente tratamento estético para os dentes anteriores. As restaurações neste estudo apresentaram uma taxa de sobrevivência de 85%, sendo atribuível à facilidade de reparo (24).

Uma revisão sistemática avaliou a longevidade clínica de restaurações de resina composta em anteriores. Os achados desta revisão demonstraram um bom desempenho clínico a longo prazo destas restaurações (3+ anos), com taxas de falha entre 0 a 4%. Salienta-se que o comportamento das falhas de restaurações anteriores difere-se quando comparado a de restaurações posteriores. Estes apresentaram menos cárie secundária, entretanto por outras razões, estas restaurações anteriores são facilmente substituídas por falhas estéticas (25).

Um estudo avaliou o desempenho de facetas diretas de resina composta utilizando dois tipos de resina, microparticulada e universal (microhíbridas, nanohíbridas, nanoparticuladas), em dentes anteriores com e sem tratamento endodôntico. Entre os 86 pacientes, 192 facetas de resina composta foram avaliadas. Destas 192 facetas, 39 apresentaram falhas, num tempo médio de 3 anos e meio. A avaliação qualitativa destas facetas de resina composta, o compósito microparticulado foi o que apresentou melhores condições estéticas (brilho superficial, menor coloração marginal e superficial, melhores combinações de cores, forma anatômica, melhor adaptação marginal e ganho estético segundo o paciente. As facetas em dentes com tratamento endodôntico apresentaram mais falhas quando em comparação com aquelas em dentes vitais. Concluiu-se que as facetas de ambos os compósitos são úteis para o tratamento estético de dentes anteriores, embora os compósitos microparticulados apresentem melhores propriedades estéticas ao longo do tempo. Concluiu-se também que quando em dentes vitais, o risco de falha destas restaurações é reduzido (8).

2.3 - Facetas de Cerâmica

Entre os excelentes materiais restauradores existentes hoje em dia, estão as cerâmicas odontológicas. Estas, são extremamente seguras e previsíveis, além de solucionarem problemas estéticos e funcionais dos elementos dentais. As facetas de cerâmica possuem propriedades ópticas semelhantes ao dente natural, estabilidade química, excelente biocompatibilidade, boas propriedades físicas e mecânicas quando comparadas às restaurações diretas com resinas compostas, ou seja, menor manchamento bem como melhor polimento final. Além disso, este material retém menos placa bacteriana e apresenta boa resistência à abrasão. Dentre os materiais utilizados na confecção de facetas de cerâmica, o *IPS E-MAX* destaca-se na confecção de restaurações estéticas devido à alta variação de cores, translucidez, e propriedades físicas e mecânicas que oferece (1, 4).

Os preparos para faceta de cerâmica podem ser diversos, sendo os mais populares, aqueles em forma de janela, com preparo incisal. A fim de alcançar uma excelente adesão desta faceta com o substrato dental, é indicado que este preparo tenha seu término sempre em esmalte. Sendo assim, o esmalte aumenta a previsibilidade e o sucesso desta adesão. Devido algumas condições clínicas, como o desgaste, abrasão relacionada a idade e traumas no geral, o esmalte nem sempre está presente, e a abordagem convencional de preparo destes dentes acaba resultando em uma maior exposição dentinária (26).

Ao contrario que muitos dentistas pensam, o conceito de facetas de cerâmica não é novo. Historicamente, durante a década de 1930, um dentista californiano, Charles Leland Pincus, trabalhou na indústria de filmes. Ele teve a difícil e privilegiada tarefa de melhorar esteticamente os sorrisos de estrelas como *Shirley Temple, Bob Hope, Montgomery Clift, Elizabeth Taylor, Barbara Stanwyck, Fred Astaire, James Dean, Walt Disney, Judy Garland*, entre outros. Pincus utilizou facetas de cerâmica extremamente finas com um adesivo para a fixação temporária das mesmas. No entanto, devido à falta de cimento adequado, o procedimento durou apenas algumas horas. Foi nos anos 80, depois do desenvolvimento de técnicas de cimentação adesiva, que as facetas foram relançadas na prática clínica. Entretanto, na época, a prática não tomou grandes proporções, devido ao medo dos profissionais quanto à resistência das facetas durante as forças mastigatórias. Foi devido à crescente demanda estética e a possibilidade de unir cerâmica à estrutura dentaria que foi introduzido um novo conceito: odontologia restauradora minimamente invasiva (27).

Por apresentarem maior resistência biomecânica, as lâminas de porcelana ultrafinas, com espessura de 0,2 a 0,5 mm, chamadas popularmente de lentes de contato dentais (devido à semelhança de espessura e translucidez com as lentes de contato oculares), são comumente aplicadas a diversos tratamentos clínicos. Entretanto, existem

desvantagens no uso de lentes de contato dentais, pois devido à pequena remoção de estrutura dentária, há um limite na possibilidade de correção do sorriso. E, em alguns casos, a lente de contato pode dar ao sorriso uma aparência volumosa e pode fraturar em pacientes que apresentam hábitos para-funcionais, como bruxismo ou apertamento (1).

Em situações clínicas, quando os dentes apresentam coloração escurecida, as facetas de cerâmica são capazes de mascarar tal problema, porém, isto pode ser desafiador, considerando a estrutura fina das mesmas. A capacidade destas de mascarar dentes escurecidos pode-se acontecer através da espessura da faceta, uma vez que esta aconteça em conjunto com a quantidade de estrutura dental removida. Este pressuposto baseia-se apenas na prática clínica, uma vez que não existe consenso na literatura quanto à espessura da faceta, ou a quantidade de estrutura dental a ser removida (28).

Com relação à cimentação, os cimentos resinosos são a melhor escolha para as facetas de cerâmica, devido a estética satisfatória, boa união entre a peça e a superfície dental e, conseqüentemente, longevidade adequada. Dentre os cimentos resinosos, os fotopolimerizáveis são os mais indicados para a cimentação de facetas, pois possuem melhor estabilidade cromática. A cimentação adesiva possibilita um aumento da resistência compressiva e da resistência à fratura quando comparada a técnica de cimentação convencional. A concentração de tensões é diminuída com a cimentação e, conseqüentemente, a propagação de trincas pela matriz vítrea, diminuindo a possibilidade de falhas da restauração, o que garante excelentes propriedades mecânicas para as restaurações realizadas por essa técnica. (4, 28).

No ato da cimentação, alguns detalhes devem ser levados em conta. A estrutura externa das facetas deve apresentar lisura e brilho superficial, a fim de evitar o acúmulo de placa bacteriana, manchamento superficial e até mesmo, falhas mecânicas. Porém, a superfície interna destas facetas deve ser a mais rugosa possível, pois isto promove uma melhor união da peça com o adesivo a ser utilizado. Para obter tal rugosidade, alguns procedimentos devem ser realizados nas peças, como o jateamento com óxido de alumínio (lavagem e secagem), condicionamento com ácido fluorídrico 10% (lavagem e secagem), em seguida finaliza-se com aplicação de silano (jatos de ar) e adesivo (jatos de ar), lembrando que o adesivo não necessita ser fotopolimerizado neste momento. No substrato dental, o preparo prévio a cimentação inicia-se pelo condicionamento com ácido fosfórico 37% (lavagem e secagem) seguido pela aplicação do adesivo (jatos de ar) também sem fotopolimerizar. Após a aplicação do cimento resinoso no interior da peça cerâmica, as mesmas são adaptadas ao substrato dental e então fotopolimerizadas (27, 28).

A ausência de um material interpondo a faceta e o dente no momento de prova das peças, gera uma avaliação diferente ao que será obtida após a cimentação definitiva. Esse

fato é explicado pelo fenômeno da reflexão da luz, que ocorre quando o raio de luz de um meio óptico mais denso (cerâmica) incide na interface de um menos denso (ar entre a faceta e o substrato). Visando aperfeiçoar o resultado estético, é realizada, previamente à cimentação das facetas, a fase de prova das mesmas. Essa poderá ser feita com pastas de prova, comumente chamadas de *Try-In*. As pastas *Try-In*, que acompanham os cimentos resinosos em suas diversas colorações, permitem tanto ao cirurgião-dentista quanto ao paciente, avaliarem a tonalidade das facetas de cerâmica, prevendo a estética final e conferindo previsibilidade do resultado (7).

Um estudo procurou avaliar a resistência adesiva entre a faceta de cerâmica e o dente (com e sem preparo) durante forças de cisalhamento (movimento mastigatório natural dos dentes anteriores). Trinta incisivos centrais extraídos foram separados em 3 grupos, o grupo A recebeu preparos invasivos, o grupo B recebeu preparos sutis com ponta diamantada extrafina, e o grupo C apenas asperização com ponta diamantada extrafina. Após o condicionamento dos dentes e das peças, as mesmas (fabricadas com sistema cerâmico IPS E-MAX) foram silanizadas e cimentadas. Os resultados demonstraram que os dentes do grupo C apresentaram-se mais resistente às forças de cisalhamento. Desta forma, conclui-se que dentes com pouco ou nenhum preparo dental apresentam forças de união adequadas durante os movimentos mastigatórios funcionais dos pacientes (26).

Para a confecção das facetas de cerâmica, deve-se realizar procedimentos tais como fotografias extra/intraorais, exames radiográficos, e obtenções de modelos de estudo. Através de um enceramento de diagnóstico, confeccionado sob os modelos de estudo, é possível a confecção de provisórios. Estes provisórios servem para demonstrar ao paciente uma prévia do tratamento estético proposto, onde o paciente poderá verificar se houve uma adaptação pessoal e poderá sugerir pequenas modificações para melhora do resultado final. Este procedimento denomina-se ensaio restaurador ou *Mock-Up*. O *Mock-Up* tem ainda a função de orientar o cirurgião-dentista quanto às possíveis necessidades de correção a serem realizadas já no preparo dentário, como posicionamento, inclinação e correções no formato de alguns dentes (4).

As facetas de cerâmica podem ser confeccionadas de maneira tradicional (prensada/injetada) ou ainda projetadas utilizando a tecnologia de CAD/CAM para maior precisão no ajuste. O sistema de CAD/CAM (*Computer Aided Design/Computer Aided Manufacturing*) foi introduzido na odontologia por volta dos anos 80 por *Mormann* e *Brandestini*. Esse sistema consiste na captura e registro de dados sobre a região a ser restaurada (por exemplo, o preparo do dente, dentes adjacentes e oclusão) e,

posteriormente, projeção e produção da restauração. Esta técnica ajudou a melhorar a eficiência da produção, como também a confecção de peças de excelente qualidade (2).

Quando bem planejados e executados, os tratamentos indiretos em cerâmica podem apresentar resultados satisfatórios tanto em estética, quanto em função. Estudos e avanços sobre as propriedades dos materiais utilizados em todas as etapas do processo também colaboram para que o resultado da reabilitação apresente maior longevidade e, conseqüentemente, maior satisfação e qualidade de vida do paciente (3).

Detalhes clínicos devem ser avaliados para que o material escolhido seja o mais adequado para cada caso. Substrato dental, condições gengivais, condições endodônticas e anseios do paciente são alguns dos itens indispensáveis para que o tratamento tenha o resultado esperado tanto pelo cirurgião-dentista, quanto pelo paciente. O sucesso das peças indiretas não é medido apenas no ato da cimentação, e sim ao longo do tempo, por estar integrada com a estética e mais ainda com os tecidos periodontais, dependendo da saúde e estabilidade dos mesmos (1, 28).

Um estudo avaliou a resistência à fratura de facetas de cerâmica cimentadas em substratos dentais com e sem restaurações de resina composta existentes. Trinta incisivos centrais extraídos foram divididos em 3 grupos, o grupo A apresentou incisivos hígidos, o grupo B com restaurações Classe III, e o grupo C com restaurações Classe IV. As facetas de cerâmica (IPS E-MAX) foram cimentadas e os dentes foram submetidos a carregamentos cíclicos. Os resultados demonstraram maior número de falhas do grupo C quando comparado com o grupo A e B. Conclui-se que facetas de cerâmica cimentadas em preparos com restaurações de resina composta Classe III se apresentam igualmente resistentes quando comparados aquelas cimentadas em dentes hígidos (28).

Os três tipos comuns de falha nas facetas de cerâmica são as falhas estáticas, coesivas e/ou adesivas. A falha estática é definida como a fratura de um fragmento destas facetas, enquanto o restante dela permanece intacta no dente. A falha coesiva é caracterizada pela perda de um pedaço de porcelana como resultado de uma carga funcional ou parafuncional excessiva. Na falha por adesão, a faceta se solta do dente por completo (26).

Quando se trata de um procedimento com pretensões estéticas, um dos grandes desafios ao profissional é reproduzir a cor e a translucidez dos elementos vizinhos, sejam eles naturais ou não. Sabe-se que a cor do remanescente dentário, espessura da faceta e a cor do cimento utilizado, são fatores que influenciam na coloração da faceta. Ou seja, o cirurgião-dentista e o técnico em prótese dentária devem estar atentos aos detalhes de cada caso (3).

3 - RELATO DE CASO

Paciente A.C., sexo masculino, 35 anos, compareceu à clínica odontológica na Especialização em Dentística da UFRGS-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentando como queixa principal, a estética dos dentes anteriores (Figura 1 e 2).



(Figura 1: Fotos iniciais de perfil e frontal com sorriso.)



(Figura 2: Foto inicial do sorriso com afastador.)

Na primeira consulta, após a anamnese, exame clínico, exame radiográfico, e confecção de modelos de gesso, discutiu-se os possíveis planos de tratamento para a reabilitação estética dos dentes anteriores (11, 12, 21, 22).

O primeiro tratamento planejado, priorizou a utilização de cerâmica para ambos os elementos dentários, ou seja, coroa cerâmica 21 e laminados cerâmicos 11, 12, 22. Para segundo tratamento planejado, optou-se pela confecção de uma coroa cerâmica no elemento 21 e laminado cerâmico no elemento 11, seguido de duas facetas de resina composta direta nos elementos 12 e 22. Para o terceiro tratamento, planejou-se a utilização de resina composta para ambos os elementos, ou seja, coroa de resina composta no elemento 21, seguido de facetas de resina composta direta nos elementos 11, 12, 22.

A necessidade da coroa no elemento dentário 21 se deu sob a condição do remanescente dentário. O elemento, neste caso, já havia sido tratado endodonticamente, o

que facilitou o planejamento para coroa, além do pouco remanescente dentário e moderado escurecimento, que foram fatores importantes na seleção do tratamento proposto.

Após conversa com o paciente, expondo as vantagens e desvantagens de cada um dos planos de tratamento, o paciente optou pela realização da 2ª opção. A escolha partiu através da associação entre a estética e a condição financeira relatada pelo paciente. Vale ressaltar que, em uma reabilitação estética dos dentes anteriores, utilizando-se de materiais que diferem entre si, no caso, a cerâmica e a resina, considerou-se que os elementos 11 e 21 apresentariam melhores condições estéticas se ambos fossem confeccionados pelo mesmo material, neste caso, a cerâmica.

Visando a estética gengival apresentada pelo paciente, optou-se também pela realização da Gengivoplastia do elemento 21, que se apresentava com contorno gengival insatisfatório quando em relação aos demais dentes em questão. A mesma foi realizada na clínica da Especialização em Dentística da UFRGS por uma especialista em Periodontia.

Na consulta seguinte, avaliou-se radiograficamente a condição endodôntica do 21, que se apresentou satisfatória. O elemento dentário em questão foi desobturado com a utilização de brocas Largo (Microdont), de forma que 4mm de guta-percha ficassem intactos para garantir o selamento apical. Logo, prosseguiu-se a marcação e prova do pino de fibra de vidro Whitepost DC-E (FGM) no comprimento de desobturação. Para o preparo do pino, iniciou-se pela assepsia com álcool, seguido de aplicação de Silano ProSil (FGM), jatos de ar, e adesivo Single Bond (3M), fina camada (fotopolimerização). Para o preparo do substrato dental, iniciou-se pelo condicionamento com Ácido Fosfórico 37% (FGM), seguido de lavagem, secagem do conduto radicular com papel absorvente, e aplicação de adesivo Single Bond (3M). Para a cimentação do pino, utilizou-se cimento resinoso Dual Relyx Arc (3M ESPE), com o auxílio da ponteira intracanal, onde finalizou-se com a fotopolimerização por 60 segundos. Para a confecção do núcleo, utilizou-se a resina composta Charisma (Heraeus-Kulzer) na cor A3.

Na consulta seguinte, realizou-se a moldagem com Silicona de Adição (pasta densa) Express XT (3M ESPE) do enceramento a fim de confeccionar uma guia, esta guia recebeu a resina biscacrílica Protemp (3M ESPE) na cor A2 e assim, foi feito o Mock Up no paciente. (Figura 3 e 4)



(Figura 3: Foto do Mock Up com afastador.)



(Figura 4: Foto do sorriso com o Mock Up.)

Após a satisfação apresentada pelo paciente neste momento importantíssimo do Mock Up, iniciou-se o preparo para laminado cerâmico do elemento 11. Uma vez que o elemento 11 apresentava restaurações proximais de resina composta, optou-se pela confecção de um preparo atípico, que se estendeu para a palatina, a fim de confeccionar um término em esmalte. As pontas diamantadas usadas na confecção do preparo para laminado cerâmico foram 2200, 2135 e 4138 (Figura 5). No elemento 21, foi realizado o refinamento do núcleo de resina composta confeccionado na consulta anterior, este com o auxílio de ponta diamantada MF3098 (Microdont). Ao final desta consulta, os provisórios foram confeccionados com a resina bisacrílica A2 Protemp (3M ESPE), esta foi aplicada sobre a guia previamente confeccionada no enceramento diagnóstico.



(Figura 5: Ponta diamantada 4138 na confecção do preparo para laminado no elemento 21.)

Na consulta seguinte, realizou-se a moldagem destes elementos. Após a remoção dos provisórios, adaptou-se o fio retrator sob os sulcos dos elementos 11 e 21 (Figura 6). A escolha para a moldagem foi a de duplo fio, onde inicialmente foi introduzindo um fio Ultrapack (Ivoclar Vivadent) #000 intra sulcular e outro fio Ultrapack (Ivoclar Vivadent) #00 acima, a fim de ser removido no momento da moldagem. Para a moldagem, utilizou-se de Silicona de Adição Express XT (3M ESPE), onde iniciou pela remoção do fio #00 seguido da aplicação da pasta fluída nos preparos com a pistola de auto mistura, simultâneo com a manipulação da pasta densa, que foi levada nos preparos com o auxílio de uma moldeira metálica total. Junto com o molde, foram encaminhadas ao laboratório protético algumas considerações em relação ao trabalho, como a seleção da cor A2, seleção da cerâmica IPS E-MAX de média translucidez, e modelos com o enceramento diagnóstico e registro de mordida a fim de referenciar o protético no momento da confecção das peças.



(Figura 6: Foto dos preparos com o duplo fio previamente à moldagem.)

Na consulta seguinte, já com as peças de cerâmica confeccionadas e entregues pelo laboratório, realizou-se a prova das mesmas. Em relação a cor, adaptação marginal, e ponto de contato, ambas se apresentaram satisfatórias, porém, insatisfatórias quando avaliadas em relação à altura cervico-incisal (13mm) (Figura 7). Com o auxílio de ponta diamantada 4138 (Microdont), estas foram reduzidas em boca, a fim de apresentarem uma altura final de 11mm. As mesmas foram devolvidas ao laboratório para receberem novamente a caracterização incisal e o glaze.



(Figura 7: Foto da primeira prova das peças. Observa-se a altura apresentada pelas mesmas no sentido cervico-incisal.)

Após os ajustes solicitados serem realizados pelo laboratório, o paciente retornou para a cimentação das peças. Realizou-se a prova das peças, que se apresentaram favoráveis e indicadas para a cimentação. Iniciaram-se então os procedimentos prévios à cimentação, como o preparo das peças (ácido fluorídrico 10% (FGM); lavagem e secagem; aplicação do silano ProSil (FGM); jatos de ar; aplicação do adesivo Ambar (FGM); fotopolimerização). Em seguida, realizou-se o preparo dos substratos dentais (ácido fosfórico 37% (FGM); lavagem e secagem; aplicação do adesivo Ambar (FGM); fotopolimerização). A coroa foi cimentada com AlCem Dual Trans (FGM) e o laminado com Alcem Veneer Trans (FGM), ambos receberam 60s de fotopolimerização em todas as faces da peça. Após a cimentação, os excessos de cimento foram removidos, foi realizado o ajuste oclusal, e polimento com borrachas para cerâmica (American Burrs).

Na consulta seguinte, iniciou-se os preparos para faceta direta nos elementos 12 e 22. Para a confecção dos preparos, utilizou-se ponta diamantada esférica 1013 (Microdont) (sulco marginal cervical) seguido de ponta diamantada 2148 (Microdont) (canaletas de orientação e união das canaletas). Com os preparos finalizados e já com o isolamento absoluto do campo operatório, realizou-se o condicionamento com ácido fosfórico 37% (FGM), lavagem e secagem, seguido da aplicação do sistema adesivo Ambar (FGM), fotopolimerização. Para a confecção das facetas de resina composta direta, foi confeccionado um mapa cromático, onde priorizou a utilização de uma resina de dentina A2D (Z350 3M ESPE) para a camada interna da faceta, seguido da utilização de uma resina de esmalte A1E (Z350 3M ESPE), em ambos os elementos dentários. A resina de dentina foi aplicada sob o preparo a fim de reproduzir a camada interna do dente (mamelos de desenvolvimento e volume dentinário). Para a adaptação da resina de esmalte, atribuiu-se o uso de pincéis (Keramic, Cosmedent) (Figura 8). Ao final, realizou-se um acabamento superficial e cervical com ponta diamantada 2135F (Microdont).



(Figura 8: Adaptação da resina sob o preparo com o auxílio de um pincel.)

Na consulta final, realizou-se o acabamento e o polimento das facetas de resina composta. Iniciou-se o acabamento com o uso de ponta diamantada 3195F (Microdont) a fim de reproduzir a área plana e texturização, para o acabamento da região cervical, utilizou-se de ponta diamantada 1190F (Microdont). Em sequência, discos Sof-Lex (3M ESPE) de granulação alta, média e fina, respectivamente, foram utilizados a fim de reproduzir a convexidade das facetas de resina composta (Figura 9). Logo após, foi utilizado disco de feltro Diamond Flex (FGM) associado a uma pasta de polimento Clean Polish (Kerr), a fim promover o brilho superficial destas facetas.



(Figura 9: Utilização de discos Sof Lex no acabamento e polimento das facetas de resina composta.)

Após o acabamento e o polimento, realizou-se as fotografias finais (Figuras 10, 11, 12 e 13).



(Figura 10: Foto final do sorriso em perfil.)



(Figura 11: Foto final do sorriso frontal.)



(Figura 12: Foto final do sorriso com lábios em repouso.)



(Figura 13: Foto final do sorriso com afastador.)

4 - DISCUSSÃO

Atualmente, a odontologia está mudando seu enfoque da restauração de dentes cariados para o tratamento estético de dentes sadios. Mesmo com a crescente evolução dos materiais restauradores, a estrutura dental sadia continua sendo insubstituível. Desta forma, é importante que em todas as técnicas restauradoras, seja qual for a condição dentária em discussão, procure-se respeitar o remanescente dentário. Conforme recomendado por laboratórios e fabricantes, restaurações indiretas minimamente invasivas são a escolha ideal para conservar a estrutura dentária, além promover melhores resultados estéticos (6, 25).

A durabilidade e o sucesso do tratamento reabilitador dependerão mais de como o paciente vai cuidar dessa nova situação dentária na qual ele se encontra do que do desempenho do material propriamente dito. Mesmo assim, estudos e avanços sobre as propriedades dos materiais utilizados em todas as etapas do processo também colaboram para que os resultados das reabilitações estéticas apresentem maior longevidade. O papel do cirurgião-dentista ao oferecer um tratamento estético ao paciente é fundamental, este deve planejar o caso detalhadamente, uma vez que, os pacientes exigem um comportamento duradouro das restaurações realizadas (3, 6, 26).

Do ponto de vista estético, a reconstrução de dentes tratados endodonticamente é um desafio para o cirurgião-dentista, ainda mais quando se trata de paciente com poucos recursos financeiros. Neste caso, optou-se pelo uso de um pino de fibra de vidro, sabe-se que além dos pinos de fibra de vidro utilizarem uma técnica de inserção relativamente simples, consomem um menor tempo clínico. O pino de fibra utilizado neste estudo vai ao encontro de Bitencourt et al. (6) (2016), quando estes autores relataram dois casos clínicos com o uso de pino de fibra de vidro, e frisaram que a utilização deste tipo de pino apresenta características biomecânicas que se assemelham à estrutura dentinária, caracterizando biomimetismo e favorecendo a distribuição das tensões à estrutura radicular. Ressaltam também que os pinos de fibra de vidro têm grande aceitação pela resistência, flexibilidade e cor, favorecendo a estética. Proporcionam, também, facilidade de manuseio e de remoção se necessária, compatibilidade química com materiais resinosos e custo favorável.

Diminuindo os custos do tratamento e ao mesmo tempo proporcionando resultados estéticos satisfatórios, optou-se pela confecção de duas facetas de resina composta direta, pois este dispensa a fase laboratorial. Para a obtenção do sucesso funcional e estético das facetas de resina composta, é necessário que o cirurgião-dentista compreenda os princípios básicos dos sistemas adesivos, das resinas compostas e da técnica a ser utilizada. Em um relato de caso descrito por Limas et al. (14) (2013) as facetas de resina composta foram a

escolha para a reabilitação dos dentes anteriores. Os autores frisaram a importância da seleção da cor em tratamentos com resina composta, uma vez que o dente natural é policromático, ou seja, apresenta diversas colorações.

Entende-se que a cerâmica, quando em comparação com a resina composta, apresenta várias vantagens. Esse é o material que melhor reproduz as propriedades ópticas do esmalte e da dentina: fluorescência, opalescência e translucidez (10). Visando esta capacidade de reprodução óptica da cerâmica, neste caso, priorizou-se que mesmo nas condições financeiras propostas pelo paciente, a melhor escolha seria que os incisivos centrais fossem confeccionados através deste material.

Na confecção do preparo para a faceta de cerâmica, apresentou-se um preparo atípico, que se estende para a palatina, a fim de ter um termino em esmalte. Okida et al. (1) (2016) ressaltaram que o cuidado para manter o preparo completamente em esmalte é essencial, visto que, embora existam diversos sistemas adesivos, a resistência de união de porcelana ligada ao esmalte ainda é superior quando comparado com a resistência de união de porcelana ligada à dentina. Ressaltam também que o preparo deve permitir simultaneamente uma adaptação marginal ideal da restauração final, e preservar o máximo possível de tecido dental.

Na consulta de cimentação das peças, é indispensável que estas sejam provadas inicialmente. Para isto, existem pastas de prova chamados de *Try-In*, estes permitem que a peça seja testada com a simulação do cimento e então avaliadas em relação a previsibilidade cromática e assentamento. Neste caso clínico, utilizou-se o cimento resinoso RelyX Veneer (3M ESPE), que segundo Shibayama et al. (2) (2016) promove um tempo de trabalho flexível e também alta estabilidade de cor.

Dentre as possibilidades para a reabilitação estética deste caso, a cerâmica e a resina composta demonstraram, mais uma vez, serem materiais possíveis de realizar mudanças satisfatórias em relação à estética desejada. No caso clínico descrito, os tratamentos sugeridos e realizados no paciente foram de um e uma coroa em cerâmica IPS E-MAX, e duas facetas de resina composta direta (3M ESPE), o qual estava de acordo com as indicações de uso dos materiais escolhidos, além disso, não foram encontradas contraindicações a realização destes procedimentos.

5 - CONCLUSÃO

Concluiu-se que ambos os materiais utilizados neste caso, tanto a cerâmica quanto a resina composta, oferecem resultados satisfatórios na reabilitação estética de dentes anteriores. A evolução na pesquisa destes materiais, para que possam ser cada vez mais introduzidos na prática clínica diária, tem oferecido aos cirurgiões-dentistas a capacidade de elaborar reabilitações com o máximo de previsibilidade, oferecendo aos pacientes, tratamentos rápidos, e com resultados satisfatórios. É importante que os cirurgiões-dentistas estejam capacitados para trabalhar com ambos os materiais, para que assim, possam obter resultados cada vez mais estéticos e funcionais. Desta forma, a Odontologia Restauradora tende a evoluir ainda mais, uma vez que, a estética esteja cada vez mais presente na prática clínica.

6 - APÊNDICE

Declaração de Autorização

Você foi convidado a ter seu caso clínico apresentado em um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização de Dentística - Faculdade de Odontologia / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de autorizar a realização do trabalho, assine ao final deste documento em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do aluno responsável. Em caso de recusa, não haverá qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para você. Caso você tenha qualquer pergunta sobre este trabalho, ou se pensar que houve algum prejuízo, pode conversar com o estudante Ástor Neutzling Zanchin, ou com o professor orientador Fábio Herrmann Coelho-de-Souza. Você não terá qualquer custo financeiro e também não haverá nenhuma forma de remuneração, ressarcimento ou bonificação caso aceite.

Garantimos total sigilo no que diz respeito a sua identidade, ou seja, não haverá qualquer tipo de divulgação de dados que possam identificá-la, como nome, RG, endereço.

Eu, Amaduron Luiz Lepo de Carvalho, residente no endereço Boxo Alvo 388 / 24, documento de identidade nº 3066107292, nascido em 27/06/82, autorizo de livre e espontânea vontade o relato de meu caso clínico finalizado, que será descrito no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado ASSOCIAÇÃO DE RESINA COMPOSTA E CERÂMICA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DE DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO CLÍNICO e apresentado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou do que leram para mim.

Ficaram claros os propósitos, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e os esclarecimentos pertinentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas. A minha assinatura nesta Declaração de Autorização possibilitará que o orientador e aluno responsáveis pelo trabalho utilizem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, 12 de Julho de 2017.

Assinatura do paciente: Amaduron Lepo

Assinatura do professor orientador: Fábio Herrmann Coelho-de-Souza

Assinatura do aluno: Ástor Neutzling Zanchin

6 - REFERÊNCIAS

1. Okida RC. Vieira WSC. Rahal V. Okida DSS. Lentes de Contato: Restaurações minimamente invasivas na solução de problemas estéticos. Revista Odontológica de Araçatuba; Janeiro 2016; 37(1): 53-59.
2. Shibayama R. Tiossi R. Queiroz ME. Dalazzen E. Campaner M. Reabilitação estética dos dentes anteriores usando o Sistema IPS E-MAX. Revista Odontológica de Araçatuba; Maio 2016; 37(2): 09-16.
3. Goiato MC. Santos DM. Laurindo-Júnior MCB. Commar BC. Silva EVF. Planejamento e Instalação de restaurações cerâmicas: Relato de Caso. Revista Odontológica de Araçatuba; Maio 2016; 37(2): 09-16.
4. Vaz MM. Vaz EC. Alves CBC. Lawder JC. Lenza MA. Utilização do ensaio restaurador como guia de desgaste em reabilitação estética com sistema IPS E-MAX: caso clínico; Rev Odontol Bras Central; 2015; 24(68): 6-10.
5. Mathias P. Freitas da Silva EV. Vitória LA. Azevedo JF. Pigmentação de Restaurações de Resina Composta: Uma Revisão de Literatura. Revista Odontológica de Araçatuba; Julho 2015; 36(2): 29-35.
6. Bitencourt MPV. Moraes Gandolfi SA. Silva HA. Damo DM. Arossi GA. Coroa total em resina composta direta: Relato de dois Casos Clínicos. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo; Janeiro 2016; 28(1): 65-77.
7. Cardoso PC. Decurcio RA. Lopes LG. Souza JB. Importância da Pasta de Prova (Try-In) na Cimentação de Facetas Cerâmicas – Relato de Caso. Rev Odontol Bras Central; 2011; 20(53): 166-171.
8. Coelho-de-Souza FH. Gonçalves DS. Sales MP. Erhardt MC. Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: A retrospective clinical evaluation. Journal of Dentistry: Elsevier; 2015; 43: 1330-1336.
9. Campos PRB. Amaral D. Chaves da Silva MA. Barreto SC. Pereira GD. Prado M. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. RFO, Passo Fundo; Maio 2015; 20(2): 227-231.
10. Bezerra RB. Portella LDA. Silva DM. Silva EVF. Reabilitação estética e funcional do sorriso: Relato de Caso Clínico. Revista Odontológica de Araçatuba; Janeiro 2014; 35(1): 34-37.
11. Eustaquio J, Andrade Filho JC, Turssi CP, Amaral FLB, França FMG, Basting RT. Planejamento estético reabilitador integrado. Rev Dental Press Estét; Abril 2015; 11(2): 72-80.
12. Boeira FG. Suca Salas MM. Araújo DC. Masotti AS. Correa MB. Demarco FF. Factors influencing dental appearance satisfaction in adolescents: a cross-sectional study conducted in Southern Brazil. Braz J Oral Sci; Janeiro 2016; 15(1): 8-15.
13. Saha MK. Khatri M. Saha SG. Dubey S. Saxena D. Perception of Acceptable Range of Smiles by Specialists, General Dentists and Lay Persons and Evaluation of Different Aesthetic Paradigms; Journal of Clinical and Diagnostic Research. Fevereiro 2017; 11(2): 25-28.
14. Lima LBW. Leite JT. França RM. Toscano de Brito MC. Uchoa RC. Maciel de Andrade AK. Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento - Relato de Caso. Revista Brasileira de Ciências da Saúde; 2013; 17(4): 363-370.
15. Camargos NC. Mendonça CA. Duarte SM. Da Imagem Visual do Rosto Humano: simetria, textura e padrão. Saúde Soc. São Paulo; 2009; 18(3): 395-410.
16. Korkut B. Yanicoglu F. Gunday M. J Dent Res Dent Clin Dent Prospect; 2013; 7(2): 105-111.

17. Frese C. Schiller P. Staehle HJ. Wolff D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A 5-year follow-up. *Journal of Dentistry*. 2013; 41: 979-985.
18. Martini EC. Coppla FM. Reais A. Calixto AL. Análise da capacidade de remoção de pigmentos da resina composta pelo peróxido de hidrogênio 35%. *Rev Odontol UNESP*; Janeiro 2016; 45(1): 53-58.
19. Pachaly R. Zasso MB. Silveira MB. Pozzobon RT. Evaluation of optical properties of different restorative composite resins; *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*; Setembro 2008; 49(3): 9-13.
20. Menezes MS. Vilela ALR. Silva FP. Reis GR. Borges MG. Acabamento e polimento em resina composta: reprodução do natural. *Rev Odontol Bras Central*; 2014; 23(66): 124-129.
21. Souza MMA. Ramos TM. Gois DN. Oliveira AHA. Efeito da técnica de polimento na topografia de superfície e na transmitância da resina composta; *Rev Odontol UNESP*; Novembro 2014; 43(6): 372-378.
22. Gresnigt MM. Kalk W. Ozcan M. Randomized controlled Split-mouth clinical trial of direct laminate veneers with two micro-hybrid resin composites. *Journal of Dentistry*; 2012; 40: 766-775.
23. Demarco FF. Collares K. Coelho-de-Souza FH. Correa MB. Anterior composite restorations: A systematic review on long-term survival and reasons for failure. *Dental Materials*; 2015; 31: 1214-1224.
24. Alavi AA., Behrooz Z., Nik Eghbal F. The Shear Bond Strength of Porcelain Laminate to Prepared and Unprepared Anterior Teeth. *J Dent Shiraz Univ Med Sci.*; 2017 March; 18(1): 50-55.
25. Morita RK. Hayashida MF. Pupo YM. Berger G. Reggiani RD. Betiol EAG. Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedure; *Case Reports in Dentistry*; Novembro 2016; 32(1): 1-13.
26. Boscatto N. Hauschild FG. Kaizer MR. Moraes RR. Effectiveness of Combination of Dentin and Enamel Layers on the Masking Ability of Porcelain. *Brazilian Dental Journal*; 2015; 26(6): 654-659.
27. Ozdemir H. Ozdogan A. The effect of heat treatments applied to superstructure porcelain on the mechanical properties and microstructure of lithium disilicate glass ceramics. *Dental Materials Journal*; 2017.
28. Sadighpour L. Geramipناه F. Allahyari S. Sichani BF. Fard MJK. In vitro evaluation of the fracture resistance and microleakage of porcelain laminate veneers bonded to teeth with composite fillings after cyclic loading; *J Adv Prosthodont*; 2014; 6: 278-84.